

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN *CONGESTIVE  
HEART FAILURE* (CHF) DIRUANG INTENSIVE CORONARY  
CARE UNIT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
Dr. SOEHADIPRIJONEGORO SRAGEN**

**NASKAH PUBLIKASI**



**Oleh :**

**INTAN NUTRISIANA DEWI  
J 230 113 006**

**PROGRAM PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA  
2012**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN**  
**CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF) DI RUANG**  
**INTENSIVE CORONARY CARE UNIT DI RUMAH SAKIT**  
**UMUM DAERAH Dr. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN**

**NASKAH PUBLIKASI**

Di Susun Oleh :

**INTAN NUTRISIANA DEWI**

**J 230 113 006**

KTI ini telah diterima dan disetujui oleh pembimbing Prodi Keperawatan UMS  
untuk diajukan dalam Ujian Sidang

Pembimbing I



Agus Sudaryanto, S.Kep, Ns, M.Kes  
Tanggal

Pembimbing II



Yani Indrastuti S.Kep, Ns, M.Kep  
Tanggal

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan



Winarsih Nur Ambarwati, S.Kep., Ns., ETN., M. Kep  
NIK : 100 1012

**LEMBAR PENGESAHAN****NASKAH PUBLIKASI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S  
DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE* (CHF)  
DI RUANG *INTENSIVE CORONARY CARE UNIT* (ICCU)  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOEHADI  
PRIJONEGORO SRAGEN**

**INTAN NUTRISIANA DEWI**

**J 230 113 006**

**Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 9 November 2012  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat**

**Susunan Dewan Penguji**

1. Agus Sudaryanto, S. Kep., Ns., M. Kes. (.....)
2. Yani Indrastuti, S. Kep., Ns., M. Kep. (.....)
3. Abi Muhlisin, S. KM., M. Kep. (.....)

**Surakarta, 9 November 2012  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammdiyah Surakarta**

**Dekan,**



**Arif Widodo, A. Kep., M. Kes.**

**NIK : 630**

## NASKAH PUBLIKASI

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

### **PADA Ny. S. DENGAN DIAGNOSA MEDIS CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)**

### **DI RUANG ICCU RSUD DR. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN**

xix + 82 halaman+ 1 skema+ 2 lampiran

Penyakit jantung dan pembuluh darah diperkirakan akan menjadi penyebab utama kematian secara menyeluruh dalam waktu lima belas tahun mendatang, meliputi Amerika, Eropa, dan sebagian besar Asia. Masalah kesehatan dengan gangguan system kardiovaskuler termasuk didalamnya *Congestive heart failure* (CHF) masih menduduki peringkat yang tinggi, menurut data WHO dilaporkan bahwa sekitar 3000 penduduk Amerika menderita CHF. Resiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5-10% per tahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30-40% pada gagal jantung berat. Penanganan gagal jantung terdiri dari penanganan non farmakologis dan farmakologis. Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah Mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan kasus CHF di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Metode pengumpulan data dengan menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, buku status pasien dan studi kepustakaan. Untuk masalah diagnosa yang muncul pada pasien dengan *congestive heart failure* (CHF) antara lain pola nafas yang tidak efektif sudah teratasi dengan memberikan terapi oksigen dan posisi semifowler, masalah penurunan curah jantung teratasi dengan melakukan pembatasan natrium dan pemberian terapi farmakologi ISDN, masalah kelebihan volume cairan teratasi dengan memberikan terapi diuretik dan memonitoring Tekanan Darah dan untuk masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan memberikan istirahat untuk mengurangi beban jantung, dan alih baring.

Kata kunci : *Congestive heart failure , Intensive Coronary Care Unit, Farmakologi dan Non Farmakologi*

Daftar Pustaka : 30 (2002-2012)

## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

Penyakit jantung dan pembuluh darah diperkirakan akan menjadi penyebab utama kematian secara menyeluruh dalam waktu lima belas tahun mendatang, meliputi Amerika, Eropa, dan sebagian besar Asia. Hal tersebut dimungkinkan dengan adanya peningkatan prevalensi penyakit kardiovaskuler secara cepat di negara-negara berkembang dan Negara Eropa Timur. Selain itu, gagal jantung merupakan penyakit yang paling sering memerlukan perawatan ulang di rumah sakit (Redmission) meskipun pengetahuan rawat jalan telah diberikan secara optimal Ardiansyah (2012).

Gagal jantung adalah suatu keadaan ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup bagi kebutuhan tubuh, meskipun tekanan pengisian darah pada vena normal. Gagal jantung menjadi penyakit yang terus meningkat kejadiannya terutama pada lansia. Congestive Heart Failure/ Gagal Jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolic dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat Stillwell (2011). Risiko CHF akan meningkat pada lansia karena penurunan fungsi ventrikel akibat penuaan. CHF ini dapat menjadi kronik apabila disertai dengan penyakit-penyakit lain seperti hipertensi, penyakit jantung katup, kardiomiopati, penyakit jantung koroner, dan lain-lain (Ardiansyah, 2012).

## LANDASAN TEORI

### Tinjauan Teoritik

Menurut Stillwell (2011), Congestive Heart Failure/ Gagal Jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolic dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat. Sedangkan menurut Udjianti (2010) *Congestive heart failure* (CHF) adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel-sel tubuh akan nutrient dan oksigen secara adekuat. Sebagai akibatnya, ginjal sering merespon dengan menahan air dan garam. Hal ini akan mengakibatkan bendungan cairan dalam beberapa organ tubuh seperti tangan, kaki, paru, atau organ lainnya sehingga tubuh klien menjadi bengkak (congestive).

### Klasifikasi

1. Timbul gejala sesak pada aktifitas fisik berat
2. Timbul gejala sesak pada aktifitas fisik sedang
3. Timbul gejala sesak pada aktifitas ringan
4. Timbul gejala sesak pada aktifitas sangat ringan/ istirahat

### Patofisiologi

Menurut Price and Wilson (2005) Kongesti paru menonjol pada gagal ventrikel kiri, karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah yang datang dari paru. Peningkatan tekanan dalam sirkulasi paru menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. Dispneu dapat terjadi

akibat penimbunan cairan dalam alveoli yang mengganggu pertukaran gas. Sedangkan dalam Mutaqqin (2009) dijelaskan bahwa mudah lelah dapat terjadi akibat curah jantung yang kurang menghambat jaringan dari sirkulasi normal dan oksigen serta menurunnya pembuangan sisa hasil katabolisme, juga terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernapas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernapasan dan batuk.

Menurut Price and Wilson (2005), bila ventrikel kanan gagal, yang menonjol adalah kongesti viscera dan jaringan perifer. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasikan semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena. Manifestasi klinis yang tampak dapat meliputi edema ekstremitas bawah, peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena leher, asites, anoreksia, mual dan nokturia.

#### **Diagnosa Keperawatan**

- a. Pola nafas b.d hiperventilasi
- b. Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokardial.
- c. Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan
- d. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan.

#### **METODE PENELITIAN**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, metode penulisan yang penulis gunakan adalah metode deskripsi yaitu metode yang sifatnya menggambarkan secara objektif

dimulai dari pengumpulan sampai evaluasi dan selanjutnya menyajikan dalam bentuk narasi.

Pengambilan kasus dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini di ruang ICCU RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. Waktu pelaksanaan studi kasus pada tanggal 17 Juli 2012 sampai 23 Juli 2012.

### **HASIL PENELITIAN**

#### **Asuhan Keperawatan**

##### **1. Diagnosa Keperawatan Prioritas**

- a. Pola nafas tidak efektif b.d hiperventilasi
- b. Penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas
- c. Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan
- d. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan

##### **2. Intervensi Keperawatan**

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hiperventilasi.
- b. Penurunan curah jantung b.d Penurunan kontraktilitas miokardial.
- c. Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan.
- d. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan.

#### **Evaluasi Keperawatan**

Dari hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis terhitung dari tanggal 17 Juli sampai dengan 23 Juli 2012 didapatkan perubahan kondisi klien semakin kearah prognosis yang baik hal ini terlihat dari hasil evaluasi yang mengalami perubahan setiap harinya, sehingga klien dapat pindah dari bangsal ICCU pada tanggal 23

Juli 2012 pukul 11.00 WIB ke bangsal umum untuk menjalani perawatan.

## Pembahasan

### Diagnosa Keperawatan

1. Pola nafas tidak efektif b.d hiperventilasi.

Merupakan suatu kondisi dimana pertukaran inspirasi dan atau ekspirasi tidak adekuat (NANDA, 2005). Data yang didapat saat pengkajian adalah pasien mengatakan sesak nafas, adanya otot bantu pernafasan, nafas cepat dengan frekuensi RR 36x/menit, TTV= TD: 143 mmHg; N: 106 x/menit; S: 36°C.

2. Penurunan *cardiac output* b.d penurunan kontraktilitas miokardial.

Penurunan *cardiac output* merupakan suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa secara adekuat yang diperlukan untuk dimanifestasikan secara luas karena darah tidak dapat mencapai jaringan dan organ (perfusi rendah) untuk menyampaikan oksigen yang dibutuhkan (NANDA, 2005). Data yang didapat saat pengkajian adalah klien mengatakan sesak nafas dan mengalami kelelahan juga nyeri dada, terjadi perubahan EKG sinus takhikardi 106x/menit dan adanya LVH (Left Ventrikel Hipertropi), TD = 143/84 mmHg, RR=36x/menit, terjadi peningkatan BB, terdapat oedema pada ekstermitas bawah, terdengar suara jantung tambahan S3.

3. Kelebihan volume cairan b.d menurunnya laju filtrasi glomerulus (menurunnya curah jantung).

Data yang didapat saat pengkajian pada Ny. S adalah keluarga klien mengatakan kedua kaki klien edema sudah sejak 3 bulan yang lalu, terdapat edema pada kedua ekstermitas bawah, terjadi peningkatan BB, terdengar bunyi jantung S3, capillary refill > 2 detik, RR=36 x/menit, hasil balance cairan 24 jam: - 180 cc.

4. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan.

Data yang didapat saat pengkajian adalah klien mengatakan lelah, klien mengatakan sesak nafas jika beraktivitas walaupun sedang tidur, keadaan umum klien lemah diatas tempat tidur, klien pucat, terjadi perubahan TTV saat bergerak TD= 123/75 mmHg, RR= 30x/menit, N= 84x/menit, S= 36,5°C.

### Intervensi

Secara garis besar intervensi yang dilakukan pada klien dengan gagal jantung ada 2 yaitu penatalaksanaan secara farmakologis dan non-farmakologis.

Intervensi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan sumber yang ada. Dalam hal ini setiap diagnosa memiliki beberapa intervensi yang bisa dilakukan dan setiap rencana tindakan memiliki rasional untuk dilakukan yang telah disesuaikan.

### Implementasi

1. Diagnosa I: Pola nafas tidak efektif b.d hiperventilasi.

2. Diagnosa II : penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokard.
3. Diagnosa III : Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan
4. Diagnosa IV : Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan.

### Simpulan

1. Dari hasil pengkajian pada didapatkan masalah-masalah yang berhubungan dengan Congestive Heart Failure (CHF) yaitu Pola nafas b.d hiperventilasi, penurunan curah jantung b.d penurunan kontraktilitas miokardial, Kelebihan volume cairan b.d retensi cairan, dan Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai O<sub>2</sub> dengan kebutuhan.
2. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diantaranya adalah memonitor tanda-tanda vital dengan menggunakan bed side monitor, memberikan O<sub>2</sub> nasal canul 4 liter/menit, memberikan posisi semifowler, mengajarkan teknik relaksaasi nafas panjang, memonitor balance cairan, melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian terapi pengobatan.
3. Hasil dan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah klien mengatakan sesak nafas dan nyeri dada sebelah kiri telah berkurang, Klien rileks, TTV(TD=121/62 mmHg, N=82x/menit, RR=24x/menit, S=36°C), oedema pada kaki klien sudah membaik.

### Saran

1. Instalasi Pelayanan Kesehatan  
Instalasi pelayanan kesehatan khususnya Rumah Sakit diharapkan meningkatkan kinerja perawat dan tenaga medis, dengan memberikan pelatihan-pelatihan terhadap tenaga kesehatan khususnya perawat sehingga dapat meningkatkan asuhan keperawatan terhadap pasien khususnya pasien dengan Congestive Heart Failure (CHF).

Diharapkan Rumah Sakit memberikan apresiasi atau reward kepada perawat yang meningkatkan mutu pelayanannya sehingga perawat diharapkan selalu memberikan asuhan keperawatan yang sesuai standar prosedur yang ada.

2. Institusi Pendidikan

Diharapkan tenaga pengajar khususnya dosen agar memperluas pemahamannya tentang situasi yang ada di lahan praktek rumah sakit, sehingga dapat mengkolaborasikan antara teori-teori yang ada dengan praktik di lahan.

Diharapkan institusi pendidikan dapat menjadikan asuhan keperawatan ini sebagai salah satu referensi dalam pembelajaran mata ajaran pada silabus keperawatan.

3. Tenaga Kesehatan Khususnya Perawat

Perawat lebih memperhatikan perubahan posisi setiap 2 jam sekali dan dapat memberikan lotion pada area kulit guna menghindari terjadinya resiko dekubitus pada klien akibat bedrest lama.



Perawat lebih memperhatikan monitoring balance cairan dan TTV untuk mengetahui peningkatan cairan yang dapat meningkatkan beban cairan.

Diharapkan perawat lebih meningkatkan kualitasnya dalam pelayanan, khususnya perawatan di ruang Intensive Coronary Care Unit (ICCU) dengan mengikuti pelatihan-pelatihan.

Diharapkan adanya kejelasan batas antara kewenangan perawat dengan dokter, sehingga tercipta kualitas pelayanan yang prima.

Diharapkan perawat dapat menjalankan fungsi keperawatannya sebagai advokasi bagi pasien terkait tindakan-tindakan medis yang belum dilakukan oleh dokter.

Diharapkan perawat tidak hanya sekedar mengoperasikan EKG tetapi dapat memahami hasil EKG dan dapat menginterpretasikan kesimpulan dari hasil pemeriksaan demi memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier. 2005. Penuntun Diet. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Prima
- Ardiansyah.2012. Medikal Bedah. Jogjakarta : DIVA press.
- Arikunto,S.2006. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Edisi Revisi VI. Jakarta : Rineka Cipta.
- Berkowitz, A. 2013. Patofisiologi Klinik. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Carpenito, Lyndda Juall.2007. Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan Edisi 10. Jakarta : EGC
- Davey. 2008. At A Glance Medicine. Jakarta : Erlangga.
- Guyton & Hall. 2008. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Jakarta: EGC
- Julie, C.H. 2006. The Effect of Positioning on Cardiac Output Measurement. <http://proquest.umi.com/pdqweb?Index=45625>. Diakses 20 September 2012.
- Kapuk,K. 2012. Kebutuhan Dasar Maslow. (<http://www.kapukonline.com/2012/02/kebutuhan-dasar-maslow.html>, diakses 24 Oktober 2012)
- Mariel,Jesupp et al.2009. Focused Update Incorporated Into The ACC/AHA 2005 Guidelines for The Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. American Journal. Diakses tanggal 18 September 2012
- Musliha. 2010. Keperawatan Gawat Darurat. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Muttaqin, Arif. 2009. Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: Salemba Medika.
- NANDA (Nursing Diagnosis and Clasification) 2005-2006. USA : NANDA.
- Nursalam .2008. Proses dan Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Philip J&Beverley E.2009. Pemantauan pasien Kritis Edisi II.Jakarta: Erlangga
- Ping S, dkk. 2011. Interaction between Fluid Balance and Disease severity Patient Outcome in The

- Critically Ill.  
<http://proquest.umi.com/pdgweb?Index=45625>. Hong Kong Journal. Diakses 20 September 2012.
- Price, A. Wilson .2005. Patofisiologi Konsep Proses-Proses Penyakit, Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Rampengan.T.H. 2007. Penyakit Infeksi Tropic pada Anak Edisi I Cetakan III. Jakarta : EGC.
- Sanjoyo. 2005. Sistem Kardiovaskuler. Yogyakarta:UGM
- Setyohadi,dkk. 2012. Kegawatdaruratan penyakit dalam ( emergency in internal medicine). Jakarta: pusat penerbit ilmu penyakit dalam interna publishing
- Smeltzer, S.C. 2002 . Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol. 2. Jakarta : EGC.
- Stephen, J & Willian , F. 2012. Patofisiologi Penyakit Pengantar Meniju Kedokteran Klinis. Jakarta: EGC
- Stillwell. 2011. Pedoman Keperawatan Kritis Edisi 3. Jakarta : EGC
- Sudoyo.A.W.2007. Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: FKUI
- Tambayong, j. 2002. Farmakologi untuk keperawatan. Jakarta: widya medika
- Tierney, Lawrence,M et.al. 2002. Diagnosis dan Terapi Kedokteran Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : Salemba Medika.
- Udjianti, Wajan.2012. Keperawatan Kardiovaskular. Jakarta : Salemba Medika
- Wilkinson,A.M.&Alligood,M.R.2006. Nursing Theories and Their Work. Philadelphia Mosby Inc.
- Wilkinson, M. Judith. 2002. Buku Saku Diagnosa Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC. Jakarta : ECG
- William,K. 2011. Congestive Heart Failure: What Can We Offer Our Patients?: CMAJ CMAJ. Canadian Journal. ([http:// search proquest.com/docview/204992893 /3A113EGF112C2DAD16/S5?acc ountid=34598](http://search.proquest.com/docview/204992893/3A113EGF112C2DAD16/S5?accountid=34598), diakses 29 Oktober 2012).

---

**Intan Nutrisiana Dewi\*:**

Mahasiswa Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

**Agus Sudaryanto, S.Kep, Ns, M.Kes\*\*:** Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

**Yani Indrastuti, S.Kep, Ns, M.Kep\*\* :** Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

---